

Delrapport 2. Evaluering af den borgerrettede indsats få det bedste ud af dit lægebesøg

"Jeg kom der også mest for kaffen og kagen"

Aamann, Iben Charlotte; Olesen, Birgitte Ravn

Publication date:
2019

Citation for published version (APA):

Aamann, I. C., & Olesen, B. R. (2019). *Delrapport 2. Evaluering af den borgerrettede indsats få det bedste ud af dit lægebesøg: "Jeg kom der også mest for kaffen og kagen"*. Region Sjælland.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

DELRAPPORT 2 EVALUERING AF DEN BORGERRETTEDE INDSATS FÅ DET BEDSTE UD AF DIT LÆGEBESØG



Iben Charlotte
Aamann &
Birgitte Ravn
Olesen

”Jeg kom der også mest
for kaffen og kagen”

Trods gode intentioner lykkedes det kun i begrænset omfang at skabe relevans og understøtte målgruppens handlemuligheder. Det skyldes, at arrangementet ikke byggede på borgernes erfaringer og oplevelser af problemer i mødet med sundhedsvæsenet, men i stedet havde et institutionelt forankret afsenderperspektiv.

Resume

Dette er en opsummering af evalueringen af det borgerrettede tiltag "Få det bedste ud af dit lægebesøg", som Primær Sundhed har gennemført i 2018. Vi fortæller først, hvad arrangementet implicerer og om grundlaget for evalueringen. Herefter redegør vi kort for problematikker og refleksionsområder i arbejdet med denne form for borgerrettede indsats.

Resultat

Arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg" er ligesom "Gå til lægen i tide" arrangementerne (se delrapport 1) gennemført af Primær Sundhed i Region Sjælland. Vi har i delrapport 1 fremhævet, at Primær Sundhed med brugen af forumspil har gjort noget unikt; nemlig at sætte fokus på direkte og involverende borgerkontakt og kommunikere med en borgergruppe, som normalt er svær at nå, nemlig socialt, økonomisk og sundhedsmæssigt udsatte borgere.

"Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne er evalueret i forlængelse af de tidligere arrangementer. De har, ligesom disse, været velbesøgte, men de deltagende borgere har ikke i samme grad oplevet, at forumspil og dilemma-refleksioner har været relevante. Det skyldes primært, at der i de fleste "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementer var lagt mere op til formidling af, hvordan man som borger bør agere i kontakt med sundhedsvæsenet og mindre på borgerens perspektiv på mødet med sundhedsvæsenet. Efter et møde mellem evaluatorene og involverede arrangører blev fokus i nogen grad ændret, vi nåede kun at observere et enkelt arrangement herefter, hvor vi fornemmede større engagement, men vi har ikke grundlag for en konklusion.

Arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg"

Indsatsen "Tidlig opsporing af kræft" består af en række forskellige initiativer rettet mod sygehus, almen praksis og borgere. Denne evaluering har fokus på den borgerrettede indsats "Få det bedste ud af dit lægebesøg", som implicerer samarbejde omkring udvikling og gennemførelse af en række arrangementer i boligsociale områder i Region Sjælland.

Samarbejdet omkring udvikling af indsatsen blev indledt i 2017, og der er afholdt 4 arrangementer, majoriteten i perioden august til december 2018, hvor i alt 108 borgere har deltaget. Det skal bemærkes, at to arrangementer blev aflyst grundet for få tilmeldinger. Der var således ikke samme opbakning som ved de første arrangementer.

"Få det bedste ud af dit lægebesøg"-arrangementet bestod af to hoveddele:

1. *Forumspil*, som lægger op til "diskussion i praksis", idet skuespillerne spiller to situationer, som deltagerne får mulighed for at foreslå ændringer til. Den ene inviterer deltagerne til at reflektere over, hvordan man kommunikerer med en lægesekretær, når man ønsker at få en tid, den anden har fokus på patientens fokusering i en konsultation.
2. *Sundhedsfagligt oplæg* med fokus på dilemma-refleksioner. Her formidles viden om alvorlige sygdomssymptomer via powerpoint-oplæg, hvortil der knyttes fortællinger og eksempler, som deltagerne inviteres til at forholde sig til.

Evalueringens fokus

- a) Betydningen af, at regionens projektansvarlige, en sundhedsfaglig formidler og skuespillere og facilitator har samarbejdet omkring udvikling af arrangementerne uden at involvere boligsociale medarbejdere eller andre med tæt kontakt til målgruppen.
- b) Borgernes udbytte af arrangementerne umiddelbart efter, at de fandt sted.

Konkret bygger evalueringen på interviews med nedenfor nævnte fagpersoner, 3 boligsociale medarbejdere, som har samarbejdet omkring det forrige arrangement "Gå til lægen i tide" i den boligforening, hvor de arbejder og to grupper af borgere, som har deltaget i arrangementet.

Problematikker

Vi har set flere problemer i arrangementet. Dem har vi valgt at lægge vægt på i evalueringen, da vi vurderer, at refleksion over disse, sammenholdt med de kvaliteter, der fremlægges i delrapport 1, kan bidrage til refleksion over muligheder og faldgruber i kommunikation om sundhed med borgere i udsatte boligområder.

I delrapport 1 konkluderede vi, at der var følgende kvaliteter i "gå til lægen i tide" arrangementerne:

- ➔ Borgerne fik et håndgribeligt udbytte og oplevede at blive taget alvorligt
- ➔ Forumspil med fokus på forbedring af egne livsmuligheder, gør størst indtryk
- ➔ Samarbejde omkring udvikling førte til relevant arrangement

Hvor er så problemerne i "Få det bedste ud af dit lægebesøg"?

Borgerne kan ikke identificere sig

Deltagerne giver i interviews (og nogle gange også under selve forumspillet) udtryk for, at de ikke identificerer sig med de patienter, som fremstilles i de to forumspil og i begrænset omfang med de cases, den sundhedsfaglige formidler præsenterer; patienterne, som fremstilles i forumspillene overskrider på forskellig måde meget tydeligt gængse normer for adfærd i kontakten med et lægehus. Desuden refererer patienten i andet forumspil til at "grave i sin have" og have været "på safariferie i Mozambique", hvilket rammer ved siden af målgruppens erfaringshorisont.

Borgerne anerkender ikke de fremstillede problematikker

I første spil møder deltagerne en patient, som insisterer på at få en lægetid uden først at kommunikere med lægesekretæren om årsagen hertil. Deltagerne ser i de fleste tilfælde patienten som en stakkel, som bør hjælpes, hvilket de reagerer på, at lægesekretæren ikke gør. Desuden er der, særligt blandt de ældre deltagere, enighed om, at sygdom er en privatsag, som ikke skal "udråbes i venteværelset".

Fokus på afsenderperspektiv har skygget for anerkendelse af deltagerperspektiv

På trods af, at både den projektansvarlige, den sundhedsfaglige formidler og skuespillere, der er involveret i afholdelse af arrangementerne, giver udtryk for, at de ønsker at anerkende og respektere deltagernes erfaringer og levevilkår, så har der været udfordringer i forhold til at nå dette mål. En oplevelse af at være forpligtet på at skulle formidle nogle specifikke budskaber kommer til at dominere i arrangementet. På responsmødet med de involverede i arrangementet, reflekterede flere da også over risikoen for snarere at bidrage til "victim-blaming" ved at lægge ansvaret for sen opdagelse af sygdom på patienterne, som ikke formår at kommunikere med deres læge.

Dermed adopteres uforvarende et institutionelt afsenderperspektiv på problemdefinitionen: Nu er det ikke lægen, der er travl og livsstilsfokuseret, men derimod patienten, der opfører sig upassende og skal lære at opføre sig adækvat. Det har som konsekvens, at deltagerne hverken identificerer sig med de patienter, som fremstilles i de to forumspil eller med de cases, den sundhedsfaglige formidler præsenterer, ligesom de ikke anerkender de problematikker, forumspillene adresserer.

Konklusion

Ved fortsat arbejde med borgerrettede tiltag foreslår vi, at man forholder sig til vidensfokus, involveringsniveau og graden af justering i forhold til nytænkning ved udvikling af nye arrangementer. Inden for disse tre felter skal der træffes en række valg, og de valg, man træffer, vil få konsekvenser for arrangementets form og indhold, og deltageres udbytte. Vi har i opsummeringsrapporten indsat et værktøj, som kan bruges til at reflektere over, hvordan man som planlægger af borgerrettede tiltag ønsker at prioritere.

Viden

I hvor høj grad skal der være fokus på formidling af evidensbaseret viden i forhold til prioritering af at skabe rum for borgernes videndeling på grundlag af egne erfaringer og værdier?

Evalueringen viser, at arrangementet primært havde fokus på formidling til borgerne, ikke blot af evidensbaseret viden, men også af "tavs viden" om, hvordan man som borger forventes at agere i sundhedsvæsenet. Flere borgere gav udtryk for, at de ikke kunne identificere sig med de patienter og problemstillinger, som blev fremlagt.

Involvering

I hvor høj grad skal arrangementet være rammesat og gennemført af fagprofessionelle i forhold til prioritering af at involvere borgere som aktive medproducenter af arrangementet?

Evalueringen viser, at der blev lagt vægt på, at arrangementet blev gennemført af professionelle og at målet var at formidle fra sundhedsvæsenet til borgerne, mens der ikke var lagt op til, at formidling kunne gå den anden vej.

Udvikling

Evalueringen viser, at det er nødvendigt at være i kontakt med målgruppen (eller repræsentanter for denne), hvis man ændrer indhold, målgruppe eller kontekst for arrangementet. Der skal sættes ressourcer af til at engagere sig i målgruppens livsvilkår og erfaringer, hvis man vil sikre, at arrangementet opleves som relevant.

Indhold

Resume	2
Resultat	2
Arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg"	2
Evaluerings fokus	3
Problematikker	3
Borgerne kan ikke identificere sig	3
Borgerne anerkender ikke de fremstillede problematikker	3
Fokus på afsenderperspektiv har skygget for anerkendelse af deltagerperspektiv	3
Konklusion	4
Viden	4
Involvering	4
Udvikling	4
Indledning	7
Hvad er "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementet?	7
Fagpersoner involveret i udvikling af det borgerrettede arrangement	7
Formål	7
Evaluerings design og metode	7
Evalueringsgrundlag	8
Belysning af "Udvikling og gennemførsel af arrangementerne"	9
Belysning af "Borgernes udbytte"	9
Relevans	9
Målgruppe for evalueringen	9
Samarbejdet omkring udvikling og gennemførsel af arrangementerne	9
Udvikling af konceptet	10
Hvad er opdraget?	11
Rekruttering af deltagere	13
Samlet set: Udvikling af konceptet og rekruttering af deltagerne	14
Deltagernes udbytte af arrangementerne	14
Indledende øvelse	15
Forumspil – mødet med lægesekretæren	15
Psykisk sygdom nedprioriteres og lægesekretærer, der optræder som "halvlæger"	16
Forumspil – manden hos lægen	17
Formidlingsdelen	18

Oplægsformen	20
Samlet set: Deltagerne forstår arrangementets budskaber, men identificerer sig ikke med de patienter, de møder i forumspil og finder kun i begrænset omfang den formidlede viden relevant.	20
Problematikker i arrangementet.....	20
Formidling og/eller involvering?	20
Identifikation?	21
Anerkendes deltagerne?	21
Modstandsstrategier blandt borgerne.....	23
Konklusion.....	25
Opsamlende perspektivering	25
1. Mental sundhed styrkes gennem socialt samvær omkring spisning og erfaringsudveksling uden en formidlende dagsorden	26
2. Rum for erfaringsudveksling om strategier i mødet med sundhedsvæsenet	27
Valg i arbejdet med borgerrettede arrangementer	27
Anvendt litteratur	28
Anvendt litteratur.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.

Indledning

Hvad er "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementet?

Den borgerrettede indsats "Få det bedste ud af dit lægebesøg-arrangementet" er et aftenarrangement, der - i skrivende stund - er blevet afholdt i 4 boligsociale områder. Det rummer i hovedsagen to dele:

1. *Forumspil*, som lagde op til "diskussion i praksis", idet skuespillerne spillede to situationer, som deltagerne fik mulighed for at foreslå ændringer til. Den ene inviterede deltagerne til at reflektere over, hvordan man kommunikerer med en lægesekretær, når man ønsker at få en tid, den anden havde fokus på et lægebesøg, hvor patientens manglende fokus gjorde, at lægen overså dennes sygdomssymptomer.

2. *Sundhedsfagligt oplæg* med fokus på dilemma-refleksioner. Her fortalte en sundhedsformidler om alvorlige sygdomssymptomer via et powerpoint-oplæg, hvortil hun knyttede fortællinger og eksempler, som deltagerne blev inviteret til at forholde sig til.

Konteksten for arrangementet er allerede introduceret i delrapport 1 og skal ikke gentages her. Dog skal det nævnes, at såvel "Gå til lægen i tide" som "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne adskiller sig fra majoriteten af borgerrettede indsatser ved

- at regionen sætter fokus på den direkte borgerkontakt frem for på institutionelle mellemlid
- at målgruppen er borgere i boligsociale områder med en helhedsplan, fordi det er karakteristisk, at der er en ophobning af problemer, som både forårsager og er

forårsaget af dårligt helbred (Sigurd and Darsø, 2013)

- at fokus ikke alene er på formidling, men også på dialog med borgerne.

Fagpersoner involveret i udvikling af det borgerrettede arrangement

Britta Ortiz Echeverria, programleder
Annemette Høgedal, projektansvarlig
Lone Margit Hald, sundhedsfaglig formidler
Anne Christine Hagedorn, facilitator
Christine la Cour, skuespiller
Jesper Pedersen, skuespiller

Formål

Formålet med denne dialogiske evaluering er:

- At få viden om betydningen af, at aktører tættest på borgernes hverdag, som bidrog til at udvikle første runde af arrangementer ikke blev involveret i planlægning og gennemførsel af "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne.
- At få viden om, hvad borgere, der deltog i et "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangement oplever at have taget med fra arrangementet.
- At identificere forskellige, modsatrettede poler i arbejdet med borgerrettede indsatser, som kan bidrage frugtbart til den videre udvikling af en borgerrettet indsats.

Evalueringens design og metode

Evalueringen varetages af to forskere fra hhv. Kommunikation og Sundhedsfremme på RUC¹. Design og metode er allerede beskrevet i delrapport 1. Her fremgår det, at en dialogisk

¹ Se nærmere præsentation af de to evaluører Birgitte Ravn Olesen og Iben Charlotte Aamann på

<https://forskning.ruc.dk/da/persons/bro> og <https://forskning.ruc.dk/da/persons/ica>

evaluering ikke alene har fokus på de endelige resultater, men i lige så høj grad på processen mod at nå resultaterne, dvs. på at identificere de forhold, der undervejs har betydning for, om arrangementerne når de opsatte mål. Desuden ligger det i den dialogiske evalueringsform, at de fagprofessionelle, som har udviklet og gennemfører arrangementerne inviteres til at være en del af evalueringsprocessen med henblik på at gøre evalueringen umiddelbart relevant for deres fortsatte arbejde med denne type indsatser (Wichmand, Olesen and Phillips, 2018).

Det fik betydning i nærværende evaluering, da der blev afholdt et midtvejsmøde mellem de to evaluører, de ovenfor nævnte aktører og den boligsociale medarbejder, som havde bidraget til udvikling af "Gå til lægen i tide"-arrangementerne.

På mødet fremlagde evaluørerne, hvordan de – gennem deltagelse i arrangementer og senere interviews med deltagere – så en forskel i deltagernes oplevelse af relevans og derfor engagement i de problemstillinger, der var omdrejningspunkt i "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne. De involverede reviderede på den baggrund såvel forumspil som sundhedsfagligt oplæg.

Vi har som evaluører ikke nået at få en dybere indsigt i betydningen af disse ændringer, da vi kun nåede at opleve et enkelt arrangement, hvor disse gjorde sig gældende.

Allerede ved evaluering af "Gå til lægen i tide" arrangementerne spurgte vi de involverede fagprofessionelle om deres ønsker til en evaluering. Svarene fra de tre parter, som også var involveret i udvikling og gennemførsel af "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne var:

- Projektansvarlig: *Hvordan oplever borgerne det, hvorfor kommer de og hvad får de ud af det?*
- Skuespillere/facilitator: *Hvilken betydning har skuespillet, gør dét, at der kommer krop og følelser på en forskel?*
- Sundhedsfaglig formidler: *Hvad kan de bruge, og hvad glider henover hovedet på dem; jeg skal formidle, men det lykkes jo kun, hvis de faktisk kan huske og bruge dét, jeg siger.*

Evalueringsgrundlag

Evalueringsgrundlaget er i vid udstrækning det samme som ved evaluering af "Gå til lægen i tide" arrangementerne. Vi har foretaget kvalitative interview med følgende deltagere:

- Projektlederen fra Region SJ
- Den faglige oplægsholder fra Region SJ, som står for arrangementets formidlingsdel
- De to skuespillere og facilitatoren, som står for arrangementets forumspil
- 13 beboere fordelt på to interview med borgere i to boligområder
- En mandlig deltager, telefoninterview

Desuden har vi udført deltagerobservationer ved et fællesspisningsarrangement i et af boligområderne og ved 5 "Få det bedste ud af dit lægebesøg"-arrangementer, hvor vi har skrevet feltnoter. Dette materiale og vores hverdagssamtaler med borgerne indgår også som en del af det materiale, evalueringen baserer sig på.

Endelig har vi, som nævnt ovenfor, holdt et responsmøde med projektledelsen og den sundhedsfaglige formidler fra Region SJ, en boligsocialmedarbejder og skuespillere og facilitator, hvor vores indledende analyser af arrangementet blev fremlagt og drøftet.

Belysning af "Udvikling og gennemførelse af arrangementerne"

Vi har spurgt arrangørerne (projektleder, oplægsholder, skuespillere og facilitator) til:

- deres ønsker til evalueringen
- samarbejde omkring udvikling af arrangementernes indhold og form,
- samarbejde i forhold til rekruttering af deltagere og
- deres oplevelse af beboernes udbytte af arrangementerne

Belysning af "Borgernes udbytte"

Vi har gennemført to interview med borgere i to boligsociale områder med hhv. fem og otte deltagere. Vi rekrutterede deltagerne i forbindelse med "Få det bedste ud af dit lægebesøg" og gennemførte interviewene ca. en uge efter arrangementet.

Begge interview har varet godt 1½ time. I det ene deltog fem kvinder, hvoraf en havde minoritetsbaggrund og to var folkepensionister. I det andet deltog udelukkende borgere med etnisk dansk baggrund; tre mødre med hver deres unge datter og to folkepensionister; den eneste tilstedeværende mand forlod interviewet efter ca. 45 minutter grundet andre gøremål.

Vi har spurgt til borgerne oplevelse af arrangementerne, hvad de især har hæftet sig ved, hvad de fandt brugbart og ikke-brugbart, hvad de husker og har af ønsker, samt deres generelle sundhedsforståelse og -praksisser.

Relevans

Evalueringen viser, at det ikke lykkedes at opnå samme grad af oplevelse af relevans hos borgerne i "Få det bedste ud af dit lægebesøg" som i "Gå til lægen i tide". Det skyldes, at deltagerne hverken identificerer sig med de patienter, som fremstilles i de to forumspil eller med de cases, sundhedsformidleren præsenterer, ligesom de ikke anerkender de problematikker, som adresseres.

Målgruppe for evalueringen

Der er flere målgrupper for evalueringsrapporten, som på hver deres måde kan bruge rapportens indsigter i, hvilke muligheder og faldgruber, der er, når målet er at udvikle og gennemføre arrangementer om sundhed, som de deltagende borgere oplever at kunne bruge. Politikere og ledere kan blive klogere på, hvordan man kan arbejde med borgerrettede indsatser. Projektets styregruppe kan bruge rapportens indsigter og opmærksomhedspunkter i deres fortsatte arbejde med at udvikle og formidle arbejdet med denne type borgerrettede indsatser. Endelig kan andre fagprofessionelle have glæde af at reflektere over rapportens konklusioner i forhold til, hvilke kvaliteter og problemer, arrangementerne rummede og hvilke muligheder og faldgruber, man generelt bør være opmærksom på, når ærindet er at arbejde med borgerdialog.

Samarbejdet omkring udvikling og gennemførelse af arrangementerne

Allerede før Delrapport 1, hvor "Gå til lægen i tide" arrangementerne blev evalueret til at være en succes, havde arrangør, facilitator, skuespillere og sundhedsfaglig formidler en god fornemmelse af, at de arbejdede med noget, der fungerede. De kunne mærke det på deltagernes engagement til arrangementerne og på tilbagemeldinger fra boligsociale medarbejdere, som var begejstrede.

På den baggrund valgte de at udvikle og gennemføre en ny række arrangementer. Vi har allerede peget på, at det ikke i samme grad lykkedes at skabe et indhold og en form, som gjorde, at målgruppen følte sig forstået og oplevede at få ny viden gennem deres deltagelse. Det vil vi nu uddybe.

Udvikling af konceptet

Ved udvikling af de nye arrangementer var der ikke samme fokus på borgerne i de boligsociale områders livsvilkår eller samme tætte samarbejde med de boligsociale medarbejdere. Her var udgangspunktet primært viden fra et igangværende postdoc projekt, der omhandler lægens mavefornemmelse i den diagnostiske proces i dansk almen praksis, samspillet mellem læge og patient og hvordan alment praktiserende læger anvender Sundhedsstyrelsens vejledninger om kræftdiagnostik². Her var det lægehusets oplevelse, at mange patienter ikke medbringer deres sundhedskort og ikke er forberedte og fokuserede i samtalen med deres praktiserende læge.

Desuden førte en henvendelse fra en lægeklinik, som oplevede problemer med såkaldt "overforbrug af lægesøgning og krævende patienter" til, at den projektansvarlige, den sundhedsfaglige formidler, facilitator og skuespillere sammen udviklede et arrangement, hvor borgere i den mindre landsby, hvor lægeklinikken ligger, blev inviteret til at deltage.

Den projektansvarlige fortæller om erfaringer fra dette arrangement:

"Vi tog udgangspunkt i, at nogle borgere ikke kan lide at sige til sekretæren, hvorfor de skal have en tid, men det er nødvendigt for at hun kan give dem den rigtige tid. På aftenen oplever vi så en dame, der rejser sig op og siger: "Det rager ikke nogen andre end lægen, hvorfor jeg skal have en tid" Og så begynder vi lige så stille og roligt at arbejde med casen her og så går der cirka tyve minutter og så siger hun sådan helt spontant: "Nej nej, han skal jo huske, at når han ringer til lægen, så skal han klæde lægesekretæren på"."
(interview med projektansvarlig)

Oplevelsen hos arrangørerne var således, at man med arrangementet havde fat i noget centralt,

som også kunne have relevans i de boligsociale områder. Drøftelsen på det møde, de involverede i arrangementet og evaluaterne afholdt midtvejs, viste imidlertid, at særligt facilitator og skuespillere siden havde haft tanker om, hvorvidt man havde fat i de problemstillinger, som er mest relevante for borgere i boligsociale områder:

Evaluator: I "Få det bedste ud af dit lægebesøg" der er det et vilkår, at du som patient skal lave dig om, du skal subjektivere dig anderledes, sådan så den søde, men travle lægesekretær bedre kan håndtere dig?

Skuespiller2: Ja, det er rigtigt.

Facilitator: Det var præmissen i den lille landsby, og det er det, der er problemet, tror jeg (...) kan I ikke huske, da vi lavede det her stykke, der havde vi jo faktisk en lidt bizar situation, hvor vi allesammen var lidt i tvivl om, om det var patienterne, der var problemet eller om....

(Flere griner)

Skuespiller1: Jeg følte i hvert fald sådan lidt underlig smag i munden ind imellem, når vi snakkede om det og vi har jo modelleret på det, så det kan jo godt være noget af det, den kerne stadig er indeholdt, siden folk stadig opfatter det sådan. Det synes jeg da er interessant at tænke over.

Facilitator: Det dilemma, jeg selv mærkede, var at jeg tænkte; er det ikke Lægehusets problem, altså de er jo fagfolk, er det ikke dem, der skal finde ud af, hvordan de håndterer borgerne, og ikke borgerne, der skal finde ud af, hvordan de håndterer Lægehuset? Det er den tanke, jeg havde, men jeg kunne godt også høre, at det er mangesidet. Og så lavede vi et spil til dem deroppe (i landsbyen red.), og det synes jeg gik... det var relevant for dem. Så bagefter fik vi ideen, at det her, det kan vi folde ud. Men kan I godt se, at der er jo inde i kernen noget galt, hvor

² <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/for-fagfolk/fokoalmenpraksis/Documents/Projektbeskrivelse%20med%20forside.pdf>

Lægehusets opfattelse er, at det er ikke os, der er noget galt med, det er borgerne, der er noget galt med. Er det rigtigt forklaret?

Skuespiller2: Det er rigtigt.

Arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg" blev således udviklet med afsæt i en problematik formuleret af et lægehus. Dermed blev det sundhedsvæsnets perspektiv på borgerne, der kom til at dominere disse arrangementer. Det står i modsætning til "Gå til lægen i tide", hvor det netop lykkedes at tage udgangspunkt i borgernes oplevelser med sundhedsvæsnets.

Hvad er opdraget?

I "Udkast til projektplan for Tidlig opsporing af kræft" står om indsats ift. "Patient Delay":

Der skal ansættes en projektleder, som skal uddanne et korps af sundhedsfaglige instruktører til at gå ud i jobcentre, boligområder, fagforeninger, kommunale institutioner m.m., hvor der skal afholdes aftalte møder, hvor borgerne kan blive klædt på til at møde sundhedsvæsenet samtidig med, at de får øget viden om symptomer, som de skal opsøge egen læge med, fordi det kan være tegn på kræft. Indsatsen skal samtidig være balanceret, så borgerne ikke risikerer overdiagnosticering med de negative konsekvenser, der kan have. Indsatsen skal forløbe over alle tre år. Herudover skal der iværksættes en lidt bredere informationsindsats, der også er møntet på andre målgrupper end de ovenfor nævnte (Notat til Danske Regioner, 24.5.2016; evaluatorers kursivering).

Der er således lagt op til at løfte en særdeles kompleks kommunikationsopgave, hvor sundhedsformidler, facilitator og skuespillere gennem arrangementerne både skal "klæde borgerne på til at møde sundhedsvæsnets" og bidrage til, at de "søger læge, når det er relevant" set fra et sundhedssystemsperspektiv. Vi vil kort

introducere til de medvirkende i arrangementets refleksioner i forhold hertil.

Den sundhedsfaglige formidler fortæller, hvordan hun har oplevet, at være bundet op af en forståelse af kommunikation som formidling uden involvering af borgernes perspektiv:

"Opgaven gik ud på at skulle formidle de 7 kropsforandringer, som borgerne skal være særligt opmærksomme på og gå til lægen med. Så det er REN vidensformidling, hvilket jeg synes har været lidt svært (hun fortæller herefter om, hvordan hun bruger forskellige øvelser og eksempler for at gøre oplægget relevant, og fortsætter så) Og så er jeg alligevel bundet op af, at jeg skal fortælle om de syv konkrete symptomer".

Hun påpeger hermed, hvordan hun har haft fokus på de i opdraget formulerede mål, hvor "vi er jo underlagt en ramme, vi har jo et mål, og det er, at borgerne gør noget anderledes". Hermed ser hun sin rolle som enklere end facilitators og skuespilleres:

"Det kan jo være grænseoverskridende for forumspil, og det er jo derfor, at facilitatoren og de to skuespillere kalder det dilemmaspil og ikke forumspil, fordi det er meget styret" (interview med sundhedsformidler)

Den sundhedsfaglige formidler henviser her til en diskussion om, hvorvidt man kan betegne facilitator og skuespilleres indsats som forumspil. Årsagen til denne diskussion er, at forumspil er udviklet af Augusto Boal med empowerment blandt undertrykte for øje.

"Theatre of the Oppressed" er en metode udviklet af Boal med henblik på at understøtte undertrykte grupper i at skabe social forandring. "Forumteater", rummer jf. Delrapport 1 gode muligheder for at samskabe ny viden med deltagere. Det forudsætter imidlertid opmærksomhed på, hvorvidt målet er dialogisk samskabelse af ny viden eller interaktiv læring (Olesen & Nordentoft, 2018). Der er – også internationalt – en tendens til at bruge

”deltagende” i såvel undervisnings- som andre former for mere top-down orienterede formidlingsaktiviteter. Fx påpeger Scharinger, hvordan ”deltagende teater” i dag typisk ikke bruges af uafhængige græsrodsinitiativer, men i top-down processer initieret ”af aktører med specifikke dagsordner” (Scharinger, 2013, p. 102).

Denne påpegning ligger i tråd med, hvad facilitator og skuespillere oplevede i arbejdet med arrangementerne. Altså var målet ikke at samskabe viden, men snarere at bidrage til at formidle viden på en engagerende måde:

Facilitator: Så det er dilemmaet i, at vi jo sådan set kommer med et budskab, Regionen... det er jo Regionen der er ude... Men samtidig forsøger vi, så vidt vi kan, i rummet når vi arbejder, at lade det være det, der foregår hos deltagerne, som er bestemmende for, hvordan spillet udarter sig. Men bagved er der jo hele tiden en dagsorden om, hvor det er vi skal hen, hvor imod hvis vi fuldstændig var på deltagerens præmisser så ville vi jo.

Skuespiller2: Så ville vi ikke ane, hvor vi gik hen faktisk.

Facilitator: Nej, så ville vi bare ride med dem, så det er et spændingsfelt, vi er i (interview med facilitator og skuespillere).

Facilitator og skuespillere vælger på den baggrund at kalde deres indsats for ”Dilemmaspil”³, hvormed de vil understrege, at det er spil med et budskab, de fremfører. Et budskab, som er defineret af Region Sjællands indsats ”Tidlig opsporing af kræft”, som den sundhedsfaglige formidler præciserer således:

”Resultatet skal være, at beboere øger deres forståelse af, hvilken rolle de selv spiller. Jeg oplever tit, at de, når vi kommer ud, er meget gode til at adressere, at det er lægens skyld, når noget går galt i kommunikationen med deres

læge. Jeg oplever faktisk, at de får nogle aha-oplevelser, a la: ”Jeg ku godt lige have spurgt om” eller altså får en fornemmelse af, hvad de selv kan gøre, når de ikke forstår, hvad lægen siger” (interview sundhedsfaglig formidler).

Kort sagt, så opfatter den sundhedsfaglige formidler, facilitator og skuespillere, at deres indsats skal formidle, hvordan patienter kan agere adækvat i kontakt med personalet i lægepraksissen og sygdomssymptomer, som kræver opmærksomhed, hvilket jo også er i overensstemmelse med notatet om indsatsen.

Imidlertid tyder noget på, at den projektansvarlige ser målet med arrangementerne bredere:

”Jeg har været meget optaget af læringsudbyttet og læringspotentialet. Det her med, at de skulle være så deltagende som muligt, altså aktivt deltagende og selv finde svarene. Altså for det er jo det, vi lægger op til i de der skuespillercases: Vi serverer ikke opskriften for dem. Vi starter med problemet og så er det dem, der byder ind: ”Okay, hvordan kan vi løse den her kommunikative udfordring, som vi står overfor”. Så det der med, at de er medproducerende i det endelige, det har jeg været meget optaget af” (interview med projektansvarlige).

Citatet kan tolkes i to retninger:

- målet er, at deltagerne som dygtige elever finder de svar, som forumspil og dilemmarefleksioner lægger op til eller
- målet er, at deltagerne sammen med de fagprofessionelle finder svar gennem fælles dialog på grundlag af de fagprofessionelles input

³ Som evaluatore har vi, trods skuespillernes valg af termen ”Dilemmaspil”, valgt at fastholde forumspil. Det skyldes, at den sundhedsfaglige formidler også har

nogle ”dilemma-øvelser”, og vi vil tydeliggøre forskellen på de to aktiviteter.

I første tilfælde er der blot tale om interaktiv læring, mens der i andet er fokus på dialogisk læring.

En foreløbig konklusion må være, at det ikke har været klart for de involverede i arrangementet, hvordan rammer og mål skulle udfoldes. Det er helt centralt for udvikling og gennemførelse af arrangementerne. Samtidig kan en sådan afklaring ikke foretages en gang for alle, men må gentages løbende både i udviklings- og gennemførelsesfaserne.

Som evaluatore vurderer vi, at en medvirkende årsag til den manglende klarhed er, at den tætte kontakt til målgruppen, herunder de boligsociale medarbejdere, ikke har været til stede ved udvikling af "Få det bedste ud af dit lægebesøg" arrangementerne. Dermed er man gået glip af muligheden for at få udfordret sundhedsvæsnets vaneforestillinger. I stedet har man overtaget sundhedsvæsnets dominerende forståelser, hvilket har gjort, at arrangementernes problemstillinger ikke oplevedes som relevante for de deltagende borgere.

Rekruttering af deltagere

Rekruttering er sket gennem samme kanaler som sidst. Der har igen været lagt vægt på at samarbejde med lokale boligsociale medarbejdere om at rekruttere deltagere. En tydelig erfaring er, at de boligsociale medarbejders engagement i at få arrangementet til deres område er af afgørende betydning for, om der er deltagere nok til at gennemføre det.

Den projektansvarlige stod for at lave en plakat med lidt information om arrangementet (se bilag 1), og hun fortæller, hvordan

"Region Sjælland var nærmest ikke nævnt, vi blev klar over, at vi er virkelig, virkelig sekundære i forhold til at få det gjort attraktivt" (interview med projektansvarlig).

Ved at inddrage praksisviden er det således lykkedes at lave en hvervekampagne, der af mange af beboerne er blevet opfattet som en invitation til deltagelse (se fx Protheroe *et al.*, 2013). Desuden var en del deltagere gengangere fra "Gå til lægen i tide" arrangementerne, og nogle havde trukket familie eller venner med, fordi *"det var rigtig godt sidste gang"* (interview med beboere).

Generelt deltog (igen) flest kvinder. Vi spurgte i interview med deltagerne, hvorfor, de var kommet og her blev det at møde hinanden og være socialt sammen nævnt som vigtigst.

Mændenes forbehold kom også frem ved den fællesspisning i et af de boligsociale områder, som vi deltog i. Her gik Iben med to mænd ud for at ryge. Forud havde en kvinde betegnet "Få det bedste ud af dit lægebesøg" som "doktoraftenen":

Der er noget pingpong mellem de to mænd ved bordet. De skal ud at ryge og jeg siver med ud. Vi taler om springvandet: Er lyden beroligende eller bliver man stresset over bruseriet?

Jeg spørger den unge: "Hvorfor var DU ikke til "doktoraftenen"?"

Den unge: "Det interesserer mig ikke!" – med tydeligt afvisende attitude: Løftet hage, stram mund og et stift blik der skifter mellem øjenkontakt og fokus på et punkt bag mig) Ældre mand lidt nølende (måske i krydspres mellem den unge og mig?): "Jeg kom der også mest for kaffen og kagen"

Iben til den unge (i en munter tone): "Det ku du da også have gjort?"

Den unge til den ældre: "Hvad dag var det nu?" Ældre mand: "Det var iii... onsdags"

Den unge, måske lidt lettet: "Jamen der spiller jeg billard!" (Feltnoter fra fællesspisning)

Ovenstående samtale kan indikere, at det ikke er legitimt for mænd at finde emnet relevant, hvilket ligger i tråd med en række iagttagelser fra den sociologiske maskulinitetsforskning, der

beskæftiger sig med sundhedsadfærd (se fx Courtenay, 2000).

En deltager i interviewet påpeger, at *"det kan være, de går hjem og siger det til deres mænd, de der kvinder. Nu må du altså tage dig sammen. Og så se at komme afsted!"* (interview med borgere 2). Deltageren refererer her til dét, man inden for kommunikationsteorien kalder *"To-trins-hypotesen"*, hvor man som formidler ikke har fat i den primære målgruppe, men i personer, der kommunikerer med denne (Katz & Lazarsfeld;1955).

Samlet set: Udvikling af konceptet og rekruttering af deltagerne

"Få det bedste ud af dit lægebesøg" er udviklet i forlængelse af succesen med *"Gå til lægen i tide"* arrangementerne, en god erfaring med et arrangement i et landsbymiljø, initieret af det lokale lægehus og med afsæt i viden fra et forskningsprojekt med fokus på den diagnostiske proces i lægekonsultationen.

Det har ført til mindre fokus på samarbejde med målgruppen og dennes repræsentanter i form af boligsociale medarbejdere, og måske også mindre samarbejde indbyrdes omkring afklaring af formål og form.

Rekrutteringen har bygget på de gode erfaringer fra første omgang arrangementer, og en yderligere indikator på disses succes er, at mange deltagere var gengangere fra arrangementet *"Gå til lægen i tide"*.

Deltagernes udbytte af arrangementerne

I det følgende vil vi vise, hvad deltagerne har fået ud af arrangementerne. Vi gør brug af både borgernes egne stemmer, vores feltnoter og

relevante perspektiver fra forskning i social ulighed i sundhed og sundhedsfremmeforskning.

Arrangementets to hovedspor bestod af:

- Indledende øvelse
- To forumspil med titlerne *"mødet med lægesekretæren"* og *"manden hos lægen"*
- Oplæg med dilemma-refleksioner

Nedenfor analyseres aktiviteterne hver for sig. Først dog lige borgernes bud på formålet med arrangementet. I nedenstående lange uddrag fra gruppeinterview fortæller nogle borgere, at de antager, at målet med indsatsen er at få borgere til at tage ansvar, da systemet kan opnå besparelser ved, at patienter søger læge i tide. Samtidig giver de udtryk for, at der er et *"opdragelseselement"* i arrangementet, da *"man ikke skal komme til læge med småting"* og når man kommer, så skal man agere adækvat:

KB1: Regionen regner vel med, at folk de tager noget mere ansvar for deres liv og deres sygdom, så det måske bliver billigere og bedre for sundhedsvæsenet i længden og ...

KB5: Og at sygdom bliver opdaget noget før. Inden det bliver for dyrt.

KB1: Ja og så de måske bedre kan indrette deres systemer efter, hvordan folk agerer ikk.

KB5: Men der er ingen tvivl om, at Regionen gør det jo for ligesom at gøre folk opmærksom på, at du skal også selv være der...

KB1: Ja, du har selv et ansvar

KB2: Du skal ikke bare rende til lægen første gang, lige for den mindste snue vel, fordi det koster penge, tror jeg.

KB1: Men der er også det i det, at det man får folk til at åbne øjnene for at tage et ansvar og være medvirkende til den del af behandlingen, de får hos lægen, at de selv tager ansvar også for det, det giver jo også mere effektiv behandling, fordi jeg tror da nok lægen nogle gange kan miste

modet, når han sidder med sådan en, der er hat og briller ikk. Altså det ville alle mennesker jo gøre, det er jo menneskeligt ikk.

KB3: jeg tror det handler om, at regionen jo gerne vil være med til at betale for at gøre os opmærksomme på, at vi også selv skal gøre noget for at få en bedre behandling.

Interviewer: Og hvad er det så, man skal gøre?

KB3: det fik vi jo ikke at vide.

Interviewer: Nej?

KB3: Og det sagde hun jo sådan set heller ikke andet end der var nogle ting, vi skulle være opmærksomme på og vi selvfølgelig skulle høre efter, hvad lægen sagde.

KB5: Jo men det er da også det. Så jo de havde jo sagt det ikk på en måde ikk.

KB3: ja.

KB5: Ved at sige, at vi skal holde øje med de der symptomer og vi skal sørge for at komme til lægen i tide. (Interview med borgere 2)

Det er velbeskrevet, hvordan sundhedsvæsenet er formet efter billedet af en idealborger, som forstår, hvordan "den passende patient" agerer og som kan og vil honorere de krav, systemet stiller (Diderichsen et al., 2011; Holen, 2013; Sodeman, 2018). Set i det lys, er det netop borgernes oplevelse, at Region Sjællands arrangement skal lære dem at agere som en "passende patient". Her i interviewet virker deltagerne til at acceptere en præmis om, at det er dem, der må tilpasse sig sundhedssystemet, ikke omvendt. Det vil vi diskutere under overskriften "Problematikker i arrangementet", hvor vi også vil vise, hvordan nogle borgere under arrangementerne yder en form for modstand mod det "sundhedsvæsnets perspektiv" på dem, som de oplever at forumspillene formidler.

Indledende øvelse

Efter at alle har spist sandwich, introducerer facilitatoren de medvirkende, og herefter inviterer hun alle op på gulvet med opfordringen: "Find én, I ikke kender, og fortæl om en god

oplevelse med sundhedsvæsenet!" Herefter hører hun et par i plenum, hvorefter deltagerne skal fortælle om en dårlig oplevelse. Eksempler på svar er:

- gode oplevelser var, at lægen havde tid, og man kom til med det samme
- dårlige oplevelser var at få en recept på noget medicin, som man alligevel ikke havde råd til at købe, og at møde en hospitalslæge, som ikke forstod dansk (feltnoter).

Det var slående, at deltagerne ved flere arrangementer ikke havde bud på positive oplevelser, men allerede i første runde fortalte om negative oplevelser (feltnoter). Begge de grupper af deltagere, vi interviewede, gav udtryk for, at de ikke brød sig om denne indledende øvelse:

KB1: Det er noget privat. Fordi man ved heller ikke, om det går ud i byen.

KB2: Og man ved jo heller ikke om den anden overhovedet har interesse i at høre det, vel.

KB1: Man kan godt synes, at ens egen sygdom er det vigtigste i hele verden, men det synes de andre jo ikke.

KB2: Og jeg tænker på min svigermor og hendes sygdom og hun er hypokonder og så tænker jeg også på folk der snakker om det hele tiden.

KB1: Det synes jeg var irriterende (Interview med borgere 2).

Det er facilitatorens erfaring, at det er afgørende for, at deltagerne senere melder ind, at "alle har været på gulvet". Deltagernes respons tyder imidlertid på, at der skal arbejdes med, hvordan de "varmes op".

Forumspil – mødet med lægesekretæren

I første forumspil ser vi en travl lægesekretær og en patient, som er utålmodig efter at få en tid. Lægesekretæren afkræver ham sundhedskort, cpr-nummer, information om symptomer mv., mens manden opfatter dette som underordnet i hans pressede situation, hvorfor han insisterer på

at få tid hos sin læge. Manden er oprevet og uklar i sin symptombeskrivelse, han taler bl.a. om udslett, "sorte pletter i loftet" og om, at hans hund også er "begyndt at reagere".

Et gennemgående træk i såvel observationer som interview med borgere er, at deltagerne ikke identificerer sig med den mand, som publikum har mulighed for at give gode råd. En mand siger i telefoninterview:

"Ideen er vel, at man skal kunne se sig selv i patientens rolle, som man måske kunne være, men jeg er langt fra ham, og jeg ved godt, at det ikke er lægesekretæren, der har lavet reglerne" (telefoninterview med deltager).

En borger sammenligner de to arrangementer og siger:

"Sidste gang var det ligesom lægen der ikke lyttede til patienten og der var det lægens skyld, og den her gang så var det sådan patienten, der var meget urolig og urimelig" (interview med deltager 1)

En anden borger identificerer sig med lægesekretæren:

"Jeg sad alligevel og tænkte på; gad vide, hvor mange der har været af den type i dag, fordi de bliver jo også udsat for det hele og hvis ham her er den 10., der er kommet den dag, og har virket sådan lidt aggressiv, så bliver man måske nok også sådan lidt småsur eller arrogant" (interview med deltager 2)

Et sted fanger facilitatoren op, at en deltager mener, at lægesekretæren er arrogant og spørger: "Hvorfor virker sekretæren arrogant?" Svarene går i forskellige retninger. Vi har sat diskurser på i parentes.

- *Haft dårlig oplevelse med patient* (individualiserende, psykologiserende diskurs)

- *Vant til at bestemme* (individualiserende, personaliserende diskurs)
- *Man skal være nydelig og ordentlig* (sundhedspolitisk diskurs)
- *Lægen presser hende, og det går ud over patienten* (strukturel diskurs)

Deltagerne svarer således ikke på, hvad det er i lægesekretærens adfærd, der gør, at hun virker arrogant, men på, hvad de ser som mulige årsager. Disse går i meget forskellige retninger, men har det til fælles, at det kan være svært som individuel patient at ændre på lægesekretærens adfærd.

Psykisk sygdom nedprioriteres og lægesekretærer, der optræder som "halvlæger"

Deltagerne har i første spil hæftet sig ved to ting: Patienten er psykisk syg og bliver derfor nedprioriteret, da han henvender sig i lægehuset. Og lægesekretæren opfører sig som en "halvlæge", hvilket man ikke skal finde sig i.

En borger, som tidligere har fortalt, at hun har forskellige psykiatriske diagnoser, siger:

HB1: Der er meget ulighed mellem psykisk og fysisk sygdom. Hun (lægesekretæren, red.) sagde: "Jeg skal lige høre om det er noget, jeg kan tage tidligere tid til og siden det nu er psykisk, så kan det jo vente."

Interviewer: Fordi det var psykisk sygdom, han havde?

HB1: Fordi han havde det dårligt psykisk så: "Aaaah, så haster det jo ikke."

Interviewer: Okay?

HB1: Og han kunne jo sagtens have været gået hjem og begået selvmord, men det ...

HB2: Han kunne ikke rigtig forklare, hvor han havde det dårligt...

Borgeren ser tilsyneladende patientens adfærd som udtryk for "psykisk sygdom", selvom dette ikke nævnes i skuespillet, og kobler derefter til

sine egne erfaringer. En anden borger relaterer også spillet til sine egne erfaringer, men anderkender samtidig borger 1's antagelse om, at patienten er psykisk syg:

HB2: Det er jo noget af det her, som jeg synes er meget relevant nu; at man skal fortælle alt til sekretæren, hun vil helst have at vide: "Hvad fejler du?" For at kunne sige det til lægen, det ved jeg godt, men hun behøver ikke have så meget at vide, synes jeg

HB1: Og så er der nogle informationer, som går tabt, fordi hun måske ikke ved, hvad der er meget vigtigt, som hun ikke skal glemme. Og hvis hun ikke når at fortælle det, så går det galt, og det er jo sket, hvor sygeplejersken har glemt en detalje, som har stor betydning.

HB2: Så det synes jeg godt nok er for meget. De sidder og spiller halvlæger, når man er sekretær. Interviewer: Men sagde han (patienten i stykket, red.) fra?

HB2: Det er nok også svært, når man har noget psykisk, og det kommer jo egentligt ikke hende ved vel?

HB3: Det er måske pinligt...

HB2: Ved du hvad jeg gjorde? Forleden kunne jeg ikke komme igennem telefonen efter en halv time, så lagde jeg telefonen, gik ned og tog bilen og kørte derned.

Interviewer: Ja?

HB2: Så fik jeg bare en tid uden videre vrøvl.

Interviewer: Ja, men hvad ville du nu have gjort, hvis lægesekretæren var begyndt at spørge?

HB2: Ja, så ville hun have fået noget at vide, men meget kort. Jeg punger ikke ud dér... (interview med borgere 1)

Ovenstående tolkninger blokerer imidlertid ikke for, at deltagerne har fanget budskabet. På spørgsmålet om, hvad patienten i forumspillet fik hjælp til gennem deltagernes forslag nævnes:

- *han skulle slappe mere af*
- *han skal huske sit sygesikringsbevis*

- *han skal fortælle sine symptomer, så han kan få en tid, der passer til problemet*

På spørgsmålet om, hvad lægesekretæren kunne gøre anderledes, påpeger borgerne først, at det jo ikke var hende, de kunne ændre på, "hun følger bare reglerne". Alligevel påpeger de, at:

- *hun kunne sagtens have fundet ham med navn og efternavn*
- *hun ville nærmest gennemføre et krydsforhør, man bliver spurgt til mere og mere (interview med borgere 1)*

Forumspil – manden hos lægen

Det andet spil introduceres med en besked om, at publikum skal forestille sig, at denne mand har været igennem en konsultation hos lægen og der er to minutter, til tiden er gået.

I spillet siger patienten, at "det er dejligt at kunne komme ud og grave i sin have", og lægen lægger an til afslutning ved venligt at spørge til "safariferien i Mozambique", hvorefter patienten begynder at vise feriebilleder på sin mobiltelefon.

Med den franske sociolog, Pierre Bourdieu's ræsonnementer om sammenhængen mellem livsstil, smag og socialklasse (Bennett *et al.*, 2009; Bourdieu, 2010), antager vi, at såvel reference til "egen have" som "eksotisk feriemål" ligger et stykke fra deltagernes erfaringshorisont. Det virker da heller ikke til, at deltagerne identificerer sig med patienten. Til gengæld opfatter flere deltagere det, som om der er tale om samme patient, som de har set i første spil. Det viser sig ved, at de igen refererer til hans "psykiske tilstand".

I spillet spørger facilitatoren til, hvordan det mon er at være læge i denne situation. En deltager svarer:

"Ikke altid lige nemt, men ikke alle bruger et kvarter, han kommer kun for at få en snak, men hvis det hjælper ham, så er det vel i orden, så er

han fri for at købe piller, måske var han bekymret og trængte til at snakke” (feltnoter).

Deltageren foreslår her, at lægen også kan have en funktion som samtalepartner, hvormed hun opponerer mod det overordnede budskab om, at man skal skrive symptomer ned og holde fokus på dem i lægesamtalen.

En af de interviewede deltagere har et andet bud på, hvorfor patienten i forumspillet ikke får sagt, at han har maveproblemer:

HB3: Ja, egentligt var det jo hans maveproblemer som var hovedproblematikken, men han havde så en hel masse ved siden af. Måske noget af hans utryghed og urolige adfærd kan bunde i, hvad de der længerevarende mavesmerter så egentligt kan være.

Interviewer: Snakkede han (patienten i spillet) om det?

HB3: Nej ikke rigtigt, men man kunne sådan ligesom fornemme, at han egentligt blev lettet, da han havde fået givet udtryk for, at han havde de der mavesmerter, fordi så blev det synliggjort for lægen, at der var noget, der skulle tages hånd om (interview med borgere 1).

Deltagerene påpeger således, at patienten har psykosociale problemer, og at lægen bør forholde sig til disse. Selvom præmissen om, at patienten opfører sig upassende, accepteres, foregår der samtidig en problematisering af spillets fordring om, at det er patienten, der bør ændre adfærd. I stedet rejses der en fordring til lægen om, at hvis patienten ikke magter at agere passende patient, så stilles der ekstra store krav til lægen. Lægen kan deltagerne imidlertid ikke ændre på i spillet.

Ligesom i første spil har deltagerne, trods manglende oplevelse af identifikation og relevans, fanget budskaberne:

- *han skulle have taget sin kone med*
- *han skulle have forberedt sig og skrevet symptomer ned*
- *han skulle insistere på at få konkret besked om, hvilke symptomer, han skal være opmærksom på*

og hvornår han skal komme igen, hvis mavesmerterne fortsætter (feltnoter)

En enkelt borger (med anden etnisk baggrund end dansk) problematiserer imidlertid udsagnet om, at det er godt at tage en bisidder med:

HB5: Og bisidder, der er stadigvæk læger, der siger: ”Nej, I kan ikke komme med ind.” Selvom de har ret til det – lægen må jo ikke sige det. Der var også nogen, hvor jeg sagde: ”Jamen det må du godt” og lægen sagde: ”Nej der er ikke plads til det.”

interviewer: Er det rigtigt?

HB5: Ja, og det var også en dansker, men hvis man ikke ved det, så (kan man ikke insistere på sin ret, red.).

HB2: Ja, det er lige det (Interview med borgere 1).

Endelig påpeger en borger:

”Jeg har aldrig hørt en læge sige: ”Hils hjemme”” (Feltnoter).

Kan det handle om, at praktiserende læger ofte kommunikerer mere ligeværdigt, personligt og familiært med patienter, som ligner dem selv? I det lys kan vi forstå borgerens bemærkning som en intuitiv fornemmelse af det classeskel, der er mellem lægen og vedkommende selv – hun er ikke vant til bemærkninger, der signalerer venskabelig omsorg. En anden mulig forklaring er, at borgeren ikke har en fast praktiserende læge, men er tilknyttet et stort lægehus, Nordic Medicare eller andre ordninger i områder med lægemangel.

Formidlingsdelen

Den sundhedsfaglige formidler har bygget sit oplæg op omkring en række cases, som dels stammer fra det tidligere nævnte postdoc projekt, dels fra eget liv. Efter hver fortælling, der læses højt fra en række PP-slides, opfordres deltagerne til at pege på, hvor patienten i casen kunne have handlet mere adækvat. Hun indleder imidlertid med at påpege, hvordan en lægekonsultation er et samarbejde mellem læge

og patient: De er lige vigtige i forhold til at forstå patientens sygdom og helbredelse heraf.

Heller ikke den sundhedsfaglige formidler lykkes med at skabe identifikation med hverken de præsenterede patienter eller problemstillinger. Et eksempel fra feltnoterne:

Den sundhedsfaglige formidler indleder med at spørge "Kender I det (hvilket er en meget brugt sætning i hele arrangementet, red.), at det er svært at få sagt, hvorfor man kommer til lægen?"

Flere deltagere siger: "Nej", og der høres ingen "ja'er", hvorefter sundhedsformidleren siger "men så kender I nogen, der har det sådan. Vi skal tale om nogle situationer, hvor det ikke lykkes at få en god kommunikation" (Feltnoter).

Deltagerne forholder sig imidlertid til de fremlagte cases, som alle lægger op til forholdsvis entydige "korrekte svar". Vi vil her blot vise, hvordan borgerne forstod og engagerede sig i en enkelt case. I casen har en kvinde om morgenen mærket en knude på halsen. Hun ringer til sit lægehus og nævner en lang række problemer hulter til bulter. Sundhedsformidleren spørger derefter; hvilken oplysning er den vigtigste?

Oftest svarer deltagere "korrekt" "knuden", hvilket sundhedsformidleren bekræfter med både krop og stemmeføring. Enkelte gange er svaret anderledes, fx i et arrangement, hvor én i salen siger: "Hun skal sige, hun har stress. Det der, det ER jo stress". Her siger sundhedsformidleren "jaah måske", og spørger videre og får det "rigtige svar", som bliver anerkendt med et "nemlig, ja!" (feltnoter).

En af deltagere i interview 2 er også inde på et psykisk relateret spor:

KB3: Ja den case med hende med knuden, den mindede mest om, at det var psykosomatisk; hendes datter havde anoreksi og hun havde problemer med kommunen og så tænkte jeg; den er kommet på grund af problemerne, det var derfor, jeg sagde, at hun lyder mere

psykosomatisk (interview med borgere 2).

I interviewet giver de imidlertid også udtryk for, at de anerkender den sundhedsfaglige formidlers budskab om, at det vigtigste at få nævnt er knuden på halsen. Først deltagerne interview 1:

HB1: Jeg tror der var 12 punkter eller...

HB3: stress og depression og maveproblemer og hendes datter, der i øvrigt var diagnosticeret med spiseforstyrrelser og så havde hun fundet en knude på halsen og kommunen var efter hende, og der var skimmelsvamp ude på hendes badeværelse, så hun fik blandet alt muligt ind over den der samtale med den sekretær. Hendes hovedproblem var jo nok, at hun skulle have nævnt det der med den knude, hun havde opdaget på sin hals.

HB1: ja

Interviewer: Hvorfor det?

HB3: Jamen fordi at ud af de problematikker, hun havde, så var det ligesom den, der var den vigtigste. Ikke at de andre ikke var vigtige, men skulle man lave en form for prioriteringsrækkefølge, så ville det nok være den, der var vigtigst at få nævnt.

På spørgsmålet om deltagere kan huske de 7 sygdomssymptomer er svaret i interview 2:

KB1: Det var hovedpine også, den var også med.

Interviewer: Hovedpine? Og der var i hvert fald noget med hoste, det kan jeg huske.

KB5: Og noget med maven

I: Ja der var noget med

KB1: Ja, for hvis man går og hoster for lang tid, så kan det også være symptomer på dårligt hjerte f.eks. Det kan være meget.

KB5: Der var også noget med afføring.

Interviewer: Det er rigtigt! To.

KB3: Og så var der, for det kan jeg huske, for det

*er noget min datter har, som jeg går og holder øje med, hun har et rimeligt stort modermærke....
Sådan nogle hudforandringer (interview borgere 2).*

Ovenstående udsagn peger på, at det er svært at huske noget, som man ikke har et forhold til, hvorimod genkendelige symptomer huskes.

Oplægsformen

Som observatør fornemmes det, at den sundhedsfaglige formidler er på en udfordrende opgave, når hun ser det som sin opgave at uddybe de budskaber, som er præsenteret i de involverende forumspil, og introducere til lægekrævende sygdomssymptomer.

Denne fornemmelse bekræftes i de to interviews med grupper af borgere:

KB2: Jeg kan huske noget af det, hun sagde, men der er faktisk også meget af det... ja på et eller andet tidspunkt, når man har fået et foredrag, så er jeg ligesom børnene, så holder jeg op med at høre efter. Jeg taber tråden, og så selvfølgelig kommer jeg på igen, for jeg kan jo ikke være bekendt at sidde og gabe, men man skal passe på med, at sådan et indlæg ikke bliver... fordi det er jo tørt (interview med borgere 2).

De interviewede borgeres udsagn om, hvad de tager med fra oplægget, ligner dét, de tager med fra forumspil:

- *Skriv ned før kontakt til lægehus*
- *Tag en bisidder med*
- *Sidste år kom vi også frem til, at man skulle tage nogen med (interview med borgere 1).*

Samlet set: Deltagerne forstår arrangementets budskaber, men identificerer sig ikke med de patienter, de møder i forumspil og finder kun i begrænset omfang den formidlede viden relevant.

Til trods for, at deltagerne giver udtryk for, at de ikke identificerer sig med de to patienter, de møder i forumspillene, så kan de tydeligt huske problemstillingerne, og oplever, at disse bliver gentaget i det efterfølgende oplæg. Desuden bemærker flere deltagere, at det var de samme budskaber, som lå i arrangementet "Gå til lægen i tide", som de oplevede året før, men med den væsentlige forskel, at det sidste år var patienten, som mødte et urimeligt sundhedssystem, mens det i år snarere var sundhedssystemet, der mødte en patient, som ikke vidste, hvordan han burde agere. Det vender vi tilbage til.

Problematikker i arrangementet

Vi vil nu fremlægge og diskutere en række problematikker i arrangementet. Målet er, at fremlæggelse og diskussion af problematikker kan lægge op til fælles diskussion og læring blandt forskere og sundhedsprofessionelle, da kommunikation om sundhed med borgere i udsatte boligområder er en både vanskelig og nødvendig opgave.

Formidling og/eller involvering?

Vi vil indlede med at anerkende, at der med såvel "Gå til lægen i tide" som "Få det bedste ud af dit lægebesøg" er lagt vægt på at aktivere borgerne, hvilket ifølge de interviewede borgere og boligsociale medarbejdere adskiller sig fra meget anden sundhedsformidling i de boligsociale områder.

Borgerne giver udtryk for, at traditionelle oplæg om sundhed ikke rykker noget; her en deltager fra interview 2:

KB: vi har haft oplæg om sundhed fra regionen, noget med sunde skolemadpakker, og burgerboller med fuldkorn, men det duer altså ikke. En burger er sgu ikke en fuldkornsbolle. Kost er jo øverst på dagsordenen alle mulige steder, alle ved, hvor meget det betyder, men der sker ikke en skid. Nu skolemad, det er jo ideologi, de konservative vil ikke tage ansvaret fra forældrene, og de liberale siger, at samfundet skal ikke betale for det hele. Og så gør alle, som de plejer” (Interview med borgere 2).

Særligt i ”Få det bedste ud af dit lægebesøg” er der imidlertid primært fokus på interaktiv læring, hvor deltagerne aktiveres med henblik på at skabe engagement. I ”Få det bedste ud af dit lægebesøg” var målet snarere dialogisk læring, idet deltagerne havde mulighed for at udveksle viden og erfaringer med hinanden og arrangørerne.

Identifikation?

Vi har i analysen af arrangementet ovenfor påpeget, at deltagerne ikke identificerer sig med de patienter, som fremstilles i de to forumspil og i begrænset omfang med de cases, den sundhedsfaglige formidler præsenterer.

Det skyldes flere ting:

- De to patienter, som fremstilles i forumspillene, er på hver sin måde ”for meget” upassende. De overskrider meget tydeligt gængse normer for adfærd i kontakten med et lægehus.
- Referencer til ”have” og ”eksotisk feriemål” rammer ved siden af målgruppens erfaringshorisont
- De deltagende oplever ikke, at de selv har andel i, at der er dårlig kommunikation mellem dem og deres læge, og denne oplevelse ændres tilsyneladende ikke ved at arbejde med forumspil og cases
- De deltagende finder praksis med at ”udråbe sine symptomer” til lægesekretæren, mens andre patienter kan lytte, upassende – igen noget forumspillet ikke ændrer på

Der kan imidlertid også være andre grunde til, at arrangementet ikke opleves som relevant. En kvinde har fx helt opgivet at bruge sin praktiserende læge. Her feltnoter fra samtale ved bordet under arrangementet:

Jeg sætter mig ved en kvinde, vi falder hurtigt i snak. Hun har sukkersyge på 30. år og siger, da jeg spørger, om hun fik noget ud af ”Få det bedste ud af dit lægebesøg”, at: ”Det var ikke relevant for mig. Jeg bruger ikke min egen læge. Vi kan ikke sammen. Jeg kommer alligevel jævnligt på sygehuset, så det...” (Feltnoter fællesmiddag)

Og en gruppe kvinder med anden etnisk baggrund siger i en snak ved bordet til arrangementet:

”Der er ingen grund til at gå til læge, de tager ikke en alvorligt, de siger: ”Drik vand, gå tur, få frisk luft”” (kvinderne griner og supplerer hinanden) (Feltnoter).

Anerkendes deltagerne?

Som evaluatore har vi på intet tidspunkt været i tvivl om, at projektansvarlig, facilitator, skuespillere og sundhedsfaglig formidler ønsker at anerkende og respektere deltagerne på et personligt menneske-til-menneske niveau. Facilitatoren udtrykker det således i forhold til udvikling af arrangementerne:

Det var i hvert fald en tanke, vi havde: Hvordan kan vi lave noget for borgere, hvor vi ikke kommer og hverken skal moralisere eller hæve os op over noget, men kommer ud for at åbne noget, som de måske kan genkende og træde ind i – så vi ikke kommer med en eller anden ting, vi vil have” (interview med skuespillere).

Vores fornemmelse er, at alle deler denne intention. Men samtidig føler de medvirkende i arrangementet sig, som ovenfor nævnt, forpligtet på at formidle nogle bestemte budskaber.

I interviewet med facilitator og skuespillere taler de om, hvordan de håndterer udsagn og forslag, som ligger ”uden for dagsordenen”:

Facilitator: Nogle gange, så hiver jeg den med (en kritik af sundhedssystemet, red.) og anerkender, jeg anerkender altid. Men så kan det være, at jeg siger; "det kan jeg virkelig godt forstå og det må godt nok være frustrerende" eller "jeg kan godt forstå, at I har det sådan der og det som vi er her for i dag...". Det er sådan nogle greb jeg bruger - anerkender og siger ja og flytter fokus over (...) og der er ting, der kommer op, som jeg synes er meget markant, og som også var der i dag for fuld hammer, det er, at der er godt nok meget vrede mod læger. Og mod arrogance hos læger...er du sindssyg!"

Skuespiller: de (lægerne, red.) kunne godt få nogle af vores kommunikationsmoduler.

Facilitator: Og i boligområderne kan det godt lidt nogle gange antage en lidt ikke så forfinet form og det prøver jeg så at arbejde med ved at lade... ved at anerkende følelsen i en rum tid, og når jeg så kan mærke, nu er det nok, så tager jeg lægen op og siger: "Lad os så prøve at se det fra lægens synspunkt", og så beder jeg dem gå ind i lægen og prøve og mærke, hvordan mon det er at være lægen og møde de her forskellige (patienter, red.) (interview med skuespillere).

Facilitator og skuespillere fortæller her om, hvordan de på den ene side prøver at rumme den vrede mod læger, der ofte er i rummet, og på den anden side prøver at få deltagerne til at forstå lægens perspektiv.

Denne frustration mod almen praksis oplevede vi også som observatører; et eksempel fra feltnoterne:

Deltagerne nævner ikke gode erfaringer, men i stedet: De har ikke tid - De siger: "Kun én ting!" - De afviser, at man er syg!

Facilitator: Mindre gode erfaringer?

"Kun én ting" - Ferier og fridage giver ventetid - De har ikke tid - "Tag en panodil og en varmepude"

Facilitator nikker, siger tak og spørger: "Hvor mange genkender det?" (Feltnoter).

Både sundhedsfaglig formidler, facilitator og skuespillere fortæller desuden om, hvordan de oplever den omstændighed, at der er strukturelle forhold på spil, som deltagerne bringer op, men som forumspillene ikke kan ændre på:

Skuespiller1: Der er helt klart nogen, der virkelig har oplevelser med det der system og de kan ikke skifte læge og lægen forstår dem ikke og lytter ikke og der er ikke tid nok...

Skuespiller2: Og der er ikke læger nok.

Skuespiller1: Og det er helt konkret, at der mangler læger i det her område ja.

Interviewer: Ja, så der er nogle strukturelle problemer, som i virkeligheden også kan blive berørt ...

Skuespiller1: Og vi kan intet gøre.

Skuespiller2: Vi kan kun sige: "Ja, det er noget lort" (interview med skuespillere).

Den sundhedsfaglige formidler udtrykker også, at der er tale om en balance, så arrangementet formidler, at patienten har et ansvar, men omvendt ikke forfalder til "victim-blaming":

"Forstår de, hvad det vil sige at være en velforberedt patient? Det er jo en balance, for det handler jo ikke om at lægge ansvaret over på dem, men om at der er to i en samtale, så det er enormt vigtigt, at de forstår, at man kan gøre noget selv" (interview sundhedsfaglig formidler).

Disse problematikker gør det relevant at bringe et begreb om symbolsk vold ind i diskussionen. Symbolsk vold er ifølge førnævnte Bourdieu den væsentligste samfundsmæssige magtudøvelse (Bourdieu & Waquant, 1996). Heri ligger, at de socialt dominerendes perspektiver ses som universelt gældende og også, via habitus, internaliseres i de domineredes opfattelse af sig selv. Det er ikke en magtudøvelse, der opleves som undertrykkende, fordi de dominerende

perspektiver på tværs af classeskel, køn m.v. opleves naturlige og indlysende "sande". Den symbolske vold er således især (men ikke kun) knyttet til statens evne til at indpode bestemte værdier, opfattelser, vidensformer og problemdefinitioner som legitime og almengyldige – som den "sunde fornuft".

Når deltagerne i arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg" inviteres til kun at foreslå ændringer i patientens adfærd (og ikke også læge og lægesekretær), så ligger der en grundlæggende præmis om, at det ikke er sundhedssystemet, men patienten, der kan og skal ændres på: De socialt udsatte borgere skal lære at agere i de socialt dominerendes (værdi)system – her sundhedsvæsenet. Dets værdier og logikker fremstår som "sund fornuft" og patienten følgelig som den upassende, hvis adfærd må tilpasses.

Det er for så vidt en velbeskrevet problematik og altså ikke en kontroversiel påstand, at der er symbolsk vold til stede i mødet mellem stat og borger (Bourdieu, 1997; Järvinen, Larsen and Mortensen, 2005; Bourdieu and Passeron, 2006). Når vi inddrager perspektivet her, er det fordi, vi vurderer, at det er særligt problematisk, at "Få det bedste ud af dit lægebesøg" kan beskrives med begrebet symbolsk vold set i lyset af, at intentionen blandt samtlige involverede har været stik modsat, nemlig at invitere udsatte borgere til en ligeværdig dialog om sundhed.

Erel et al., som anvender forumteater som forskningsmetode, peger da også på, at det er helt centralt, at spillene adresserer: "structural power relations because the technique of forum theatre can otherwise become too individualized, focused on individuals' ability to deal better with oppressive situations" (Erel, Reynolds and Kaptani, 2017, p. 307).

Risikoen er altså, at forumteater i stedet for at stimulere til social forandring og styrkelse af

deltagernes livsmuligheder, kommer til at virke kontraproduktivt og dermed bidragende til yderligere miskendelse og helbredsmæssig forværring.

Et perspektiv, arrangørerne med fordel kan indtænke, er derfor, hvordan de vil adressere de strukturer, som ulighed er indlejret i; som eksemplet med manglende læger i Region Sjælland illustrerer, er der problemer, hvor løsningen ikke er gjort med at styrke udsatte borgeres handlemuligheder. Det er ikke et argument i mod forumspil, men en opfordring til at tænke grundigt over, hvordan spillene kan udformes, så man undgår, at strukturelle problematikker hinsides den enkeltes handlerum, individualiseres.

Modstandsstrategier blandt borgerne

Som vores analyser viser, er der både deltagere, som accepterer den "symbolske vold", der ligger i at patienten er upassende og at formålet er at ændre hans adfærd, så han kan leve op til sundhedsvæsenets billede af idealborgeren, der formår at agere passende patient. Men der er også borgere, der tilsyneladende ikke anerkender denne præmis og på forskellige vis udøver modstand.

Vi har allerede nævnt, hvordan deltagerne i et af interviewene tolkede patienten som psykisk syg og problematiserede spillets fordring om, at det er patienten, der bør ændre adfærd, samt forventede af lægen, at denne bør kunne håndtere upassende patienter.

Samtidig har vi som observatører flere gange oplevet, at deltagerne på forskellig måde gør modstand mod de forventninger, der er til dem.

Flere giver i interviewene udtryk for, at "budskaberne var de samme som sidst", og måske leveret med mere entydige og lukkede svarmuligheder i arrangementet "Få det bedste ud af dit lægebesøg" – deres indvendinger kan

her tolkes som det, de oplever som en undervurdering af deres evner og ressourcer?

Et eksempel ser vi ved et arrangement:

Facilitator: Kan I se, hvordan man kan gøre livet lettere for lægen? Er der tre gode råd, han skal huske som patient? Hvordan bliver man en god patient, som kommunikerer godt?

Deltager1: Forklare symptomer

Deltager2: Charme, selvtillid og lækkert hår – triumferende til sidekammerat: "Se, jeg turde godt" (Feltnoter)

Vi læser deltager 2's udsagn som en reaktion på den pædagogiserende formidling. Udsagnet "charme, selvtillid og lækkert hår" kan læses som "ja, vi har forstået, at vi skal forklare symptomer og opføre os i overensstemmelse med sundhedssystemets forventninger til "den passende patient"". Det kan yderligere læses som lavere positionerede borgers dominerende syn på og kritik af middelklassens behov for selvfremvisning (Skeggs, 2005:975). Samtidig kan udsagnet "se, jeg turde godt", læses som en markering af mod til at sætte sig op mod en autoritet.

Ved samme arrangement efterspørger en deltager information om retten til at få en "second-opinion". Da den projektansvarlige præciserer, at man som patient ikke har en sådan rettighed, konkluderer en anden deltager, at man som patient er magtesløs, hvis man ikke er enig med sin læge. Igen et udsagn, der kan høres som en modstand mod sundhedssystemet.

Borger A: Hvis man er meget i tvivl, har man så ret til at få en second opinion?

Sundhedsformidler: ja, det mener jeg

Projektansvarlige: I samme lægehus ja, men ellers ikke

Borger B: Vent til din læge går på pension eller er syg (Feltnoter).

Endelig oplevede vi i det sidste spil, hvor facilitator og skuespillere havde tilrettet forumspillene efter vores fælles møde, at der var modstand mod at forholde sig til tidens dominerende livsstilsparadigme, manifesteret i de såkaldte KRAM-faktorer:

Facilitator: Hvad tænker I?

S1: Han sagde ikke noget om, at han hoster blod op

S2: Det var en overfladisk læge, som kun tænkte på rygestop

S3: Han var ligeglad med at være der, hans kone skulle være gået med

S4: Det var envejskommunikation

S5: Lægen skulle have bestilt tid til rygestop – imødegås af anden deltager: "Det skal man selv!"

S7: Hun burde tjekke hans medicin

S8: Hun kan jo se, at han ikke vil lave øvelser eller rygestop

S9: Lægen er belærende

Facilitator: Hvad kunne han gøre?

S3: Det er et stort skridt, at han er kommet til læge

S7: Jeg har oplevet samme historie, det er ikke sjovt

(Flere i kor): Ryger du? Drikker du? Du er for tyk! Motionerer du? – stor latter i salen

Facilitator: så får man dårlig samvittighed?

(Flere i kor): NÆH

S7: Hun kan sikkert tjene mange penge på ham (Feltnoter efter ændring af "Få det bedste ud af dit lægebesøg").

Sundhedssociologer peger på, at sundhed med livsstilsparadigmet er blevet til en stærkt moraliserende ideologi, hvor den enkeltes moralske værd kontinuerligt bedømmes ud fra dennes evne til at efterleve KRAM-fordringerne (Crawford, 2006; Montelius and Nygren, 2014; Aamann, 2017b). Det er formentlig denne moralisering, facilitatoren italesætter, da hun spørger ind til deltagernes "dårlige samvittighed". Det interessante er, at de - i stedet for at "samarbejde" -, svarer "NÆH". Det er oplagt at tolke som en modstand mod den

institutionaliserede moralisering, som bl.a. lægers fokus på KRAM-faktorerne reproducerer. Deres afvisning af at have dårlig samvittighed bliver på den måde en kritik af lægers fokus på livsstil.

Ovenævnte eksempler kan ses som udtryk for, at deltagerne oplever afmagt i forhold til sundhedsvæsnets – noget, som den tidligere nævnte vrede mod læger også er udtryk for. På den baggrund yder de modstand mod de præmisser, ”Få det bedste ud af dit lægebesøg” hviler på.

Som tidligere nævnt er det imidlertid ikke et fænomen knyttet særligt til sundhedsvæsnets, men snarere en generel tendens, at udsatte borgere ofte udtrykker vrede, afmagt og modstand overfor institutioner og deres repræsentanter (Aamann, 2017a).

Samtidig er sundhedsvæsnets egen rolle i forhold til at reproducere ulighed i sundhed – det, der betegnes den 11. determinant (Diderichsen *et al.*, 2011) – i stigende grad sat på dagsordenen både forskningsmæssigt (Sodeman, 2018), sundhedspolitisk⁴ og i pressen⁵. Dette, kombineret med borgernes egne erfaringer, gør, at det er et mineret terræn, regionen skal navigere i. Som en borger beskrev det under den fællesmiddag, vi som observatører deltog i: *”Der kom ellers en hen til mig og præsenterede sig”: ”Jeg kommer fra Regionen”, men så sagde jeg også: ”Det er sgu da ikke noget at blære sig med hér” (feltnoter, fællesmåltid)*. Det viser sig også i den nedtoning af regionen som afsender, der gjorde sig gældende i det skriftlige hvervemateriale.

⁴ Se fx: <https://www.danskepatienter.dk/politik/det-mener-vi/ulighed-i-sundhed>

⁵ Se fx: <https://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/art5500841/Hvert-tredje-minut-bliver-der->

Konklusion

Evalueringen peger på flere problemer i arrangementet. Dem har vi valgt at lægge vægt på, da vi vurderer, at refleksion over disse, sammenholdt med de kvaliteter, der fremlægges i delrapport 1, kan bidrage til refleksion over muligheder og faldgruber i kommunikation om sundhed med borgere i udsatte boligområder.

Problemerne, som udfoldes i rapporten, opstår hovedsageligt af to årsager: For det første ”genbruger” projektgruppen et arrangement, der er blevet udviklet i en anden kontekst. Her var formålet at adressere et problem, defineret af et lægehus, vedrørende det, der betegnes ”krævende patienter” og et ”overforbrug” af lægehusets ydelser. For det andet henter projektgruppen inspiration fra et igangværende forskningsprojekt om den diagnostiske proces i almen praksis.

Dermed adopteres uforvarende et institutionelt afsenderperspektiv på problemdefinitionen: Nu er det ikke lægen, der er travl og livsstilsfokuseret, men derimod patienten, der opfører sig upassende og skal lære at opføre sig adækvat. Det har som konsekvens, at deltagerne hverken identificerer sig med de patienter, som fremstilles i de to forumspil eller med de cases, sundhedsformidleren præsenterer, ligesom de ikke anerkender de problematikker, forumspillende adresserer.

Opsamlende perspektivering

Vi har ovenfor analyseret arrangementet ”Få det bedste ud af dit lægebesøg”, og peget på nogle af de problematikker, vi har set, når vi har observeret og som er kommet til udtryk i interview med deltagerne, ligesom vi har løftet noget af den modstand frem, som vi har iagttaget under arrangementerne. Det er blevet tid til at

[beg%C3%A5et-fejl-i-det-danske-sundhedsv%C3%A6sen
https://www.bt.dk/danmark/daarlige-tolke-oeger-risikoen-for-fejl-i-sundhedsvaesenet](https://www.bt.dk/danmark/daarlige-tolke-oeger-risikoen-for-fejl-i-sundhedsvaesenet)

pege på nogle ideer til handlinger, som kan bidrage til at styrke deltagernes handlemuligheder i forhold til egen sundhed og måske bidrage til, at regionens medarbejdere bliver klogere på, hvor udsatte borgere oplever, at der er barrierer i mødet med sundhedsvæsenet.

Vi har flere gange nævnt, at en af de helt særlige kvaliteter ved "Gå til lægen i tide" var, at det var lykkedes at overskride sundhedsvæsenets syn på borgerne og i stedet tage afsæt i borgernes oplevelser med sundhedsvæsenet – en kvalitet, som "Få det bedste ud af dit lægebesøg" ikke formår at videreføre.

I det følgende vil vi perspektivere iagttagelserne og inddrage flere af borgernes synspunkter som grundlag for forslag til, hvordan fremtidige arrangementer i den borgerrettede del af Tidlig opsporing af Kræft, kan designes, så borgernes perspektiv igen får en fremtrædende plads og så arrangementerne bidrager til at styrke deres livsmuligheder – og så regionens medarbejder opnår øget indsigt i, hvad borgerne oplever som udfordrende i mødet med sundhedsvæsenet.

Borgerne har nemlig selv en række bud på, hvad der er befordrende for deres sundhed:

1. Mental sundhed styrkes gennem socialt samvær omkring spisning og erfaringsudveksling uden en formidlende dagsorden

Mental sundhed er noget, borgerne er optaget af, da flere af dem dør med dårligt mentalt helbred. Det ser vi et eksempel på i et af gruppeinterviewene:

Interviewer: Men det der med sundhed det er ... eller det I lige nævnte, det er sådan nogle ting, man selv kan gøre. Er der også anden sundhed? Andre måder og....

H2: Der er fællesstuen, der er kommet op at køre. Det er sundt at komme ud fra de fire vægge, ikk.

Interviewer: Ja. Hvad er det? Fællesstuen?

H2: Det kan (HS) vel fortælle lidt mere om.

H1: Jamen det er min bedre halvdel og så to

*andre frivillige, der har startet en fællesstue op i det gamle Banko klublokale. Der er morgenmad hver fredag og så er der henholdsvis enten frokost eller aftensmad lørdag/søndag henholdsvis hver 3. eller 4. uge. Hvor man kan komme ned og få et måltid mad og socialt samvær og så til penge, så alle kan være med. Og så er der samtidig lavet en opsamlingsgris til en fest inden jul.
(...)*

H1: det jo også forskellige mennesker, der kommer, så man får hilst på nogle andre, end dem man ellers ser i det daglige. Nu er det et forholdsvist nystartet initiativ, men der har i hvert fald været indtil videre over 15 hver gang (...) det var faktisk min kæreste som fik ideen til det, han har selv gået hjemme i rigtig mange år blandt andet med noget psykisk sygdom og så har kommunen i lang tid fredet ham i klasse A, så han er kommet til at kede sig, og så, som han siger: "Jamen jeg skal finde på et eller andet, fordi jeg bliver vanvittig af at gå hjemme", så en af ideerne var blandt andet fællesstuen. Han har så også lige haft to torsdagscafeer, som nåede at fungere i 2,5 år begge to. Hvor man kunne komme med sindslidelse og eventuelle misbrugsproblematikker.

Interviewer: Ja?!

H1: Og det var både et led i, dels at andre kunne få noget op om de samtaleemner, der var svære, men også at det har kunnet hjælpe ham selv, også fordi han er kommet ud på den anden side med meget af sit eget også. Han er diagnosticeret med borderline med impulsstyring så.... en af de tungere diagnoser, men hvis man finder nogle gode redskaber i hverdagen, så kan man sagtens fungere rigtig fint med den. Og det gør han så også i dag og er meget fokuseret på gerne at ville gøre noget godt for både sig selv og sit boligområde. (interview med borgere 1)

Borgerens fortælling kan pege i retning af, at der er god mening i at understøtte beboer-initiativer, når man ønsker at højne den almene sundhed i boligsociale områder.

2. Rum for erfaringsudveksling om strategier i mødet med sundhedsvæsenet

Det er, som vi tidligere har nævnt, tydeligt, at borgernes tillid til sundhedssystemet er begrænset. De oplever forskelsbehandling hos almen praksis og i samfundets prioritering af sygdomme, hvor sygdomme relateret til individuel livsstil nedprioriteres, ligesom borgerne oplever at blive mødt med krav om at ændre livsstil, selvom de går til lægen med andre problemer.

H4 : ...og de fik ikke den hjælp, rygerne. Som f.eks. kræftpatienterne. Og der er der også nok noget om at "det er din egen skyld", siger de så til dem: "Du kunne lade være at ryge".

(...)

H5: Ligesom den kampagne...der er sådan en til brysterne med tegn og alt muligt, bortset fra lungekræft, den findes ikke, fordi det er jo sådan selvforskyldt...

(...)

H3: Så jeg har det lidt sådan, dem der siger, "du skal stoppe med at ryge, du skal stoppe med at spise slik, du skal stoppe med...", de har

garanteret selv et misbrug af en eller anden form.

Interviewer: Men der er sådan en "du skal" eller hvad?

H1: Det er lidt den der "du skal"-kultur kan man sige, den hører man...

Interviewer: Hvor hører man den?

H3: Lægen eksempelvis

Interviewer: Er der andre steder end hos lægen, der er den der "du skal"-kultur, som du sagde?

H3: Det kan der godt være fra familie og venner også (interview med borgere 1).

Borgerne giver udtryk for, at de oplever forskelsbehandling såvel strukturelt i prioritering af fokus på og behandling af sygdomme som i mødet med egen læge omkring helbredsproblemer. I denne forbindelse kunne det være interessant at arbejde med forumspil i en form, hvor deltagerne også kunne ændre på

de øvrige roller. Hvordan så de gerne lægen eller lægesekretæren agere for at komme dem i møde?

Valg i arbejdet med borgerrettede arrangementer

Som tidligere nævnt, så ser vi nogle muligheder for at vende tilbage til – og måske forstærke – nogle af de elementer, som vi fremhævede som kvaliteter i "Gå til lægen i tide" arrangementerne, hvor udgangspunkt i højere grad var borgernes perspektiv. Vi har derfor yderligere valgt at afslutte denne rapport med at invitere til refleksion omkring nogle af de valg, der helt generelt skal tages i et fortsat arbejde med borgerrettede indsatser.

Det gør vi ved at udpege nogle poler mellem forskellige valg, som vil have forskellige effekter. Tanken er, at man som beslutningstager, planlægger og/eller formidler kan bruge disse poler til at reflektere over mulige konsekvenser af forskellige valg, som skal træffes i arbejdet med borgerrettede indsatser.

De tre poler, som er uddybet opsamlingsrapporten, handler om:

1. Budskab – i hvilken grad er målet at formidle et entydigt budskab i forhold til at skabe rum for at samskabe viden, hvor deltagernes stemmer involveres?
2. Ressourceprioritering – hvor mange ressourcer bruges på udvikling i forhold til afholdelse af arrangementer?
3. Fokus – i hvilken grad er der fokus på individuelle strategier i forhold til strukturelle problematikker?

Anvendt litteratur

- Aamann, I. C. (2017a) "'Oh ! Iben ' s Here Now , So We Better Behave Properly " — The Production of Class as Morality in Research Encounters', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18(3, art. 7).
- Aamann, I. C. (2017b) *Kampen for det sociale renommé. Forældreskab og forebyggelse i et klasseperspektiv*. Roskilde Universitet.
- Bennett, T. et al. (2009) *Culture, class, distinction*. London: Routledge.
- Bourdieu, P. (1997) *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. (2010) *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. and Passeron, J.-C. (2006) *Reproduktionen*. København: Hans Reitzel.
- Courtenay, W. H. (2000) 'onstructions of Masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health', *Social Science and Medicine*, 50(10), pp. 1385–1401.
- Crawford, R. (2006) 'Health as a meaningful social practice.', *Health*, 10(4), pp. 401–420.
- Diderichsen, F. et al. (2011) *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Erel, U., Reynolds, T. and Kaptani, E. (2017) 'Participatory theatre for transformative social research', *Qualitative Research*, 17(3), pp. 302–312. doi: 10.1177/1468794117696029.
- Holen, M. (2013) 'Den passende aktive patient', (3), pp. 11–19.
- Järvinen, M., Larsen, J. E. and Mortensen, N. (2005) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Edited by M. Järvinen, J. E. Larsen, and N. Mortensen. Gylling: Aarhus Universitetsforlag.
- Katz & Lazarsfeld;1955
- Montelius, E. and Nygren, K. G. (2014) "'Doing" risk, "doing" difference: towards an understanding of the intersections of risk, morality and taste', *Health, Risk & Society*. Routledge, 16(June 2015), pp. 431–443.
- Olesen, B. R., Phillips, L. J. and Johansen, T. R. (2018) *Dialog og samskabelse - Metoder til en reflektiv praksis*. Edited by B. R. Olesen, L. J. Phillips, and T. R. Johansen. København: Akademisk Forlag.
- Protheroe, J. et al. (2013) "'Permission to participate?" A qualitative study of participation in patients from differing socio-economic backgrounds', *Journal of Health Psychology*, 18(8), pp. 1046–1055. doi: 10.1177/1359105312459876.
- Scharinger, J. (2013) 'Participatory theater , is it really ? A critical examination of practices in Timor-Leste', *ASEAS - Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 6(1), pp. 102–119.
- Sigurd, F. and Darsø, L. (2013) *Boligsociale sundhedsindsatser: Baggrund og kortlægning af sundhedsfremmende indsatser i udsatte boligområder*. Hvidovre: CENTER FOR BOLIGSOCIAL UDVIKLING. Available at: <http://www.cfbu.dk/udgivelser/boligsociale-sundhedsindsatser>.
- Sodeman, M. (2018) *Sårbar, det kan du selv være. Sundhedsvæsnets rolle i patienters sårbarhed*. Odense: Odense Universitetshospital og Klinisk Institut Syddansk Universitet.
- Wichmand, M., Olesen, B. R. & Phillips, L. J., (2018): Dialogisk evaluering som metode til samskabelse i et produktionsteam i Dialog og samskabelse: – metoder til en reflektiv praksis. Olesen, B. R., Phillips, L. J. & Johansen, T. R. (red.). København: Akademisk Forlag, s. 141-165. 24s